ITEM 270 : DOULEURS LOMBAIRES

Devant une douleur lombaire aiguë → éliminer les autres causes possibles avant de retenir le diagnostic de **lombalgie aiguë commune.**

INTERROGATOIRE		Recherche de tout élément afin de distinguer : - Cause **néphro/urologique.** - Cause **ostéoarticulaire** (mécanique ou inflammatoire). - Antécédents (néoplasiques, infectieux). - Circonstances de survenue (après l'effort, efforts de soulèvements…) - Siège principal de la douleur (latéralisée à droite ou gauche, douleur lombaire basse…) - Intensité. - Irradiation (fosse iliaque, hypogastre, pli inguinal…) - Rythme (mécanique ou inflammatoire). - Évolution des douleurs (aggravation progressive, absence de réponse au traitement…) - Antécédents de lombalgies (épisodes similaires ? Évolution favorable ? Présence d'évènement antérieur semblable = élément rassurant). - Troubles de la marche associés. - Signes généraux (fièvre, frissons, AEG, Adénopathies). - Signes associés (nausées, vomissements, troubles mictionnels, paresthésies…)
EXAMEN CLINIQUE		Malade debout, examiné de profil et de dos +++ : - Trouble de la **statique rachidienne.** - Attitude **antalgique** (souvent sur lumbago). - Points **douloureux** à la palpation rachidienne +/- raideur (fréquente en cas de lumbago). - Syndrome cellulo-myalgique en regard des zones douloureuses. - Douleurs des fesses ou des hanches (diagnostics différentiels). - **Déficit neurologique**, radiculalgie, syndrome canalaire, arthrose, spondylarthrite ankylosante, fracture du rachis. - Examen neurologique pour éliminer un syndrome de la **queue de cheval.**
CAUSES DE LOMBALGIES AIGUËS	**UROLOGIQUE**	Les plus fréquentes : **Colique néphrétique** & **Pyélonéphrite** aiguë. Autres causes : - Infarctus rénal (affection emboligène : FA, patients porteurs de valves, néphropathies vasculaires). - Traumatisme rénal. - Douleur testiculaire projetée (torsion, orchi-épididymite). - Polykystose rénale. - Fibrose rétropéritonéale.
	NON UROLOGIQUE	Rhumatologiques/neurologiques : **lombalgie commune** ou **secondaire.** Néphrologiques : protéinurie, glomérulonéphrite aiguë, thrombose d'une sténose de l'artère rénale, insuffisance rénale aiguë. Viscérales : . Infarctus mésentérique, ulcère gastrique, MICI. . A droite : cholécystite, angiocholite, hépatite, appendicite aiguë, pancréatite. . Agauche : infarctus splénique, pancréatite 358, diverticulite aiguë 287. Vasculaires : anévrisme de l'aorte (fissuration, dissection). Gynécologique : GEU, kyste ovarien, Endométriose. Pulmonaires : pneumopathie aiguë, épanchement pleura, pneumothorax, douleur thoracique aiguë, embolie pulmonaire.
SIGNE DE GRAVITÉ		- Sepsis, choc septique. - Oligo-anurie, IRA. - Troubles hémodynamiques, anémie aiguë, Hypotension artérielle. - Troubles du rythme cardiaque. - Défense ou contracture abdominale. - Occlusion intestinale. - Dyspnée sévère, détresse respiratoire. - Déficit moteur. - Examen neurologique anormal.

CAUSES UROLOGIQUES

Reconnaître :
Colique néphrétique (CN) compliquée :
- **CN fébrile** (PNA sur obstacle) : Fièvre, sepsis.
- **CN hyperalgique** : douleur résistante à un traitement antalgique IV bien conduit associant AINS et pallier 3 en titration.
- **CN anurique** : oligo-anurie, IRA.

Pyélonéphrite aiguë compliquée ou à risque de complication.
Torsion du cordon spermatique.

	Colique néphrétique	Pyélonéphrite aiguë	Torsion du cordon spermatique
Caractéristiques de la douleur	- Douleur lombaire unilatérale. - Début brutal. - Irradiation oblique vers la fosse iliaque homolatérale et les organes génitaux externes. - Absence de position antalgique. - Par mise en tension des cavités excrétrices par l'obstacle.	- Douleur lombaire unilatérale. - Début insidieux.	- Douleur testiculaire. - Parfois, douleur lombaire projetée. - Début brutal. - Absence de position antalgique.
Signes associés	+/- SBAU (pollakiurie, brûlures mictionnelles, hématurie). +/- signes digestifs (nausées/vomissements).	- SBAU +++. - Fièvre.	
Interrogatoire et terrain	- Antécédents de lithiasis. - Prises médicamenteuses. - Délai depuis le début de la douleur.	- Antécédents de lithiasis. - Prises médicamenteuses.	- Sujet jeune.
Examen clinique	- Douleurs à l'ébranlement de la fosse lombaire. - Prise température +++. - BU (+ pour sang dans > 70 %).	- Douleurs à l'ébranlement de la fosse lombaire. - BU (positive pour sang, leucos +/- nitrites).	- Testicule ascensionné. - Rétractation à l'anneau. - Difficilement examinable du fait de la douleur.
Signes absents	- Pas de douleur à la palpation du rachis. - Pas de douleur à la palpation des muscles paravertébraux. - Pas de défense abdominale. - Fièvre (sauf si complication).		- Absence de SFU. - Absence de fièvre.
Bilan	- NFS, plaquettes, CRP, ionogramme, urée, créatininémie. - ECBU si contexte infectieux ou BU +.	NFS, plaquettes, CRP, ionogramme, urée, créatininémie, ECBU.	Pas d'examen complémentaire.
Imagerie	- Échographie + ASP (Sensibilité de 80-90 %). - TDM abdomino-pelvien non-injecté < 24-48 h : • DPC. • Obstacle sur les voies urinaires (calcul, tumeur). - Scan injecté si complication ou doute diagnostic.	Si PNA simple avec douleur persistante à 48-72 h : - Échographie ou scan AP non injecté. - Scan AP injecté si doute diagnostic ou forme compliquée/à risque de complication. Si PNA grave ou à risque de complication : - TDM AP non injecté en urgence. - TDM AP injecté dans un second temps si doute diagnostic.	Pas d'imagerie. Exploration chirurgicale urgente.

<table>
<tr><td>IMAGERIE DEVANT UNE LOMBALGIE AIGUË</td><td colspan="2">- Aucun examen complémentaire systématique après examen clinique sans justification.
- Simple lumbago ou une récidive de lombalgies connues déjà explorée : pas d'imagerie.
- Si :
• Douleurs rebelles au traitement symptomatique.
• Aggravation.
• Signe de gravité (fièvre, déficit neurologique…)
• Examens d'imagerie en urgence :
✓ Cause secondaire d'origine rachidienne ou neurologique : Rx + IRM +++.
✓ Cause secondaire d'origine viscérale : TDM TAP ou à défaut échographie abdomino-pelvienne.
✓ Causes urologiques et rénales : TDM Abdominal non injecté puis injecté si doute ou absence d'obstacle (si TDM non disponible : Échographie + ASP).</td></tr>
<tr><td>BIOLOGIE DEVANT UNE LOMBALGIE AIGUË</td><td colspan="2">- Selon : interrogatoire, inspection et examen clinique.
- Non nécessaire si : lombalgie aiguë commune.
- Nécessaire si suspicion d'une cause symptomatique (ou secondaire) ou d'une douleur projetée viscérale.
- Dans la plupart des cas :
• NFS.
• Créatininémie.
• Ionogramme sanguine.
• CRP.
• Calcémie.
• +/- complété par : hémocultures, ECBU, gazométrie artérielle, groupe sanguin, troponine, D-dimères, bilan inflammatoire, protéinurie, test de grossesse…
- En cas d'orientation cardio-vasculaire ou pulmonaire : ECG.
- En cas d'orientation neurologique : ENMG & PL doivent être envisagés.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">FDR DE CHRONICISATION & DE LOMBALGIES CHRONIQUES</td><td>Facteurs biopsychosociaux (drapeaux jaunes)</td><td>- Dépression.
- Détresse affective.
- Anxiété.
- Peur de la douleur et du traumatisme.
- Catastrophisme.
- Fausses croyances quant à l'évolution.
- Fausses informations.
- Conflit familial.</td></tr>
<tr><td>Facteurs professionnels (drapeaux noirs)</td><td>- Arrêts de travail prolongés, recherche de bénéfices secondaires.
- Conflit professionnel.
- Insatisfaction au travail.
- Conflits et litiges avec une assurance, la Sécurité sociale, un expert.
- Excès de sollicitude (famille, médecins).
- Conditions de travail difficiles sans opportunité de changement.
- Type d'activité professionnelle.</td></tr>
</table>